

Tab. 4. Praktický bedside protokol pro přípravu, zahájení a titraci AVP u dárce po smrti mozku

Krok	Co udělat	Dávka AVP (orientačně)	Cíl	Co sledovat
0. Předpoklad	objemová optimalizace, korekce hypoxie/acidózy, léčba hypotermie	—	vyvarovat se hypovolemii	balance, laktát, dynamické ukazatele perfuze
1. Spouštěč	vazoplegická hypotenze ± CDI, potřeba NA/ADR nebo CDI s eskalací tekutin	—	zahájit AVP časně	vyločit reverzibilní příčiny
2. Příprava	kontinuální infuze, ideálně samostatný vstup	—	bezpečná titrace	monitorace periferní perfuze a teploty aker
3. Start	bez bolusu u stabilnějších; bolus u rychlé dekompenzace dle protokolu	0,5–1,0 IU/h nebo 1 IU bolus + 0,5–1,0 IU/h	MAP 60–70 mm Hg (obvykle ≥ 65) + zlepšení perfuze	při chladných akrech nebo vzestupu laktátu zvážit snížení dávky
4. Titrace	upravit dle MAP/perfuze a dle diurézy/Na	typicky do 2,4 IU/h	stabilní MAP + pokles potřeby NA; diuréza 1–3 ml/kg/h	nepřehlédnout známky nadměrné vazokonstrikce nebo ischemie
5. Kombinace s NA	po zahájení AVP postupně snižovat NA (catecholamine-sparing)	AVP stabilně, NA po krocích dolů	nižší adrenergní zátěž při zachované perfuzi	u dysfunkce LK zvážit podání inotropika
6. Ukončení	při stabilizaci a nízké nebo nulové dávce NA	snížovat pomalu (0,2–0,5 IU/h)	bez rebound hypotenze nebo rebound CDI	při rebound polyurii přechod na DDAVP

Legenda: AVP – arginin-vazopresin; CDI – centrální diabetes insipidus; MAP – střední arteriální tlak; NA – noradrenalin; ADR – adrenalin; LK – levá komora.

Závěr

Arginin-vazopresin u dárců po smrti mozku cíleně zasahuje dvě klíčové patofyziologické složky – vazoplegii a centrální diabetes insipidus. Umožňuje stabilizaci perfuze při nižší adrenergní zátěži a současně přispívá ke kontrole polyurie a hypernatremie.

Pragmatický klinický přístup spočívá v individualizaci léčby podle hemodynamického fenotypu dárce: AVP je racionální volbou zejména

u hemodynamicky nestabilního dárce s vazodilatační hypotenzí a současným CDI, zatímco u stabilního dárce s izolovaným CDI je vhodnější DDAVP. Primárním cílem zůstává zachování adekvátní orgánové perfuze při minimalizaci vysokých dávek katecholaminů. Takto formulovaná strategie je slučitelná s různými mezinárodními rámci a současně respektuje omezenou kvalitu dostupné evidence.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o použití AI: Autoři při přípravě rukopisu využili generativní umělou inteligenci (ChatGPT, OpenAI) výhradně k jazykovým a formálním úpravám textu a ke kontrole souladu struktury rukopisu s pokyny pro autory; odborný obsah, interpretace a závěry zůstaly plně v odpovědnosti autorů. **Prohlášení o původnosti:** Autoři prohlašují, že práce je původní, nebyla dosud publikována a není současně zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Autoři prohlašují, že nemají střet zájmů v souvislosti s tématem práce. **Souhlas se zněním článku:** Autoři potvrzují, že všichni autoři rukopis četli, souhlasí s jeho zněním a se zasláním do redakce časopisu Anesteziologie a intenzivní medicína. **Podíl autorů:** PP – konceptualizace; metodologie; psaní (originální návrh); psaní (recenze a úpravy); vedení a koordinace. EK – psaní (recenze a úpravy); validace. **Financování:** Žádné.

LITERATURA

1. Tullius SG, Rabb H. Improving the supply and quality of deceased-donor organs for transplantation. N Engl J Med. 2018;378:1920-1929. doi: 10.1056/NEJMra1507080.

2. Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny; Společnost pro orgánové transplantace ČLS JEP. Péče o zemřelého dárce orgánů po smrti mozku v intenzivní péči: doporučený postup [Internet]. 2018 [cited 2026-01-15]. Available from: https://sotcls.cz/wp-content/uploads/2018/08/DP_CSARIM_darce_organu_-060518_final.pdf.

3. Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon) [Internet]. 2002 [cited 2026-01-15]. Available from: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2002/285>.

4. Ball IM, Hornby L, Rochweg B, Weiss MJ, Gillrie C, Chassé M, et al. Management of the neurologically deceased organ donor: a Canadian clinical practice guideline. CMAJ. 2020;192(14):E361-E369. doi: 10.1503/cmaj.190631.

5. Ouerd S, Frenette AJ, Williamson D, Serri K, D'Aragon FD, Bichet DG, et al. Vasopressin use in the support of organ donors: physiological rationale and review of the literature. Crit Care Explor. 2023;5(4):e0907. doi: 10.1097/CCE.0000000000000907.

6. Intensive Care Society of Ireland. Management of the Potential Organ Donor. 2nd ed. [Internet]. 2018 [cited 2026-01-15]. Available from: <https://www.intensivecare.ie/wp-content/uploads/2024/06/ICSI-Management-of-the-Potential-Organ-Donor-Guidelines-2nd-Edition.pdf>.

7. Westphal GA, Robinson CC, Cavalcanti AB, Gonçalves ARR, Guterres CM, Teixeira C, et al. Brazilian guidelines for the management of brain-dead potential organ donors. Ann Intensive Care. 2020;10(1):169. doi: 10.1186/s13613-020-00787-0.

8. NHS Blood and Transplant. Donor optimisation. NHS Blood and Transplant [Internet]. [cited 2026-01-15]. Available from: <https://www.odt.nhs.uk/deceased-donation/best-practice-guidance/donor-optimisation/>.

9. Plurad DS, Bricker S, Neville A, Bongard F, Putnam B. Arginine vasopressin significantly increases the rate of successful organ procurement in potential donors. Am J Surg. 2012;204(6):856-860. doi: 10.1016/j.amjsurg.2012.05.011.

10. DuBose JJ, Salim A. Aggressive organ donor management protocol. J Intensive Care Med. 2008;23(6):367-375. doi: 10.1177/0885066608324208.

11. Katz K, Lawler J, Wax J, O'Connor R, Nadkarni V. Vasopressin pressor effects in critically ill children during evaluation for brain death and organ recovery. Resuscitation. 2000;47(1):33-40. doi: 10.1016/S0300-9572(00)00196-9.

12. Organización Nacional de Trasplantes; Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Protocolo Nacional de Mantenimiento del Donante de Órganos. Febrero 2020 [Internet]. 2020 [cited 2026-01-15]. Available from: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/Protocolo-Nacional-de-Mantenimiento-del-Donante-de-Organos.-Febrero-2020.pdf>.

13. Anwar ASMT, Lee JM. Medical management of brain-dead organ donors. Acute Crit Care. 2019;34(1):14-29. doi: 10.4266/acc.2019.00430.

14. Rosendale JD, Kauffman HM, McBride MA, Chabalewsky FL, Zaroff JG, Garrity ER, et al. Hormonal resuscitation yields more transplanted hearts, with improved early function. Transplantation. 2003;75(8):1336-1341. doi: 10.1097/01.TP.0000062839.58826.6D.

15. Latif M, Bagherpour F, Rahban H, Pourhossein E, Dehghani S. Brain death hormone therapy and graft survival: a systematic review of the literature. Transplantation Reports. 2022;7(2):100098. doi: 10.1016/j.tpr.2022.100098.